

Приложение 2
к приказу Главного врача ФГБУ «Поликлиника № 3»
от «30» июня 2017 г. № 167

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПОЛИКЛИНИКА № 3»
УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ТИПОВАЯ ФОРМА

Заявление
субъекта персональных данных о согласии на обработку его
персональных данных

номенклатурный № 26.48.01-28/02

Согласовано	<u>Урманова</u> (подпись)	<u>Русаева И.И.</u> (Инициалы Фамилия)
Согласовано	<u>АХ</u> (подпись)	<u>И.С. Смирнов</u> (Инициалы Фамилия)
Разработал	<u>А.В.</u> (подпись)	<u>А.В. Горюнов</u> (Инициалы Фамилия)

Главному врачу
федерального государственного бюджетного
учреждения «Поликлиника № 3» Управления
делами Президента Российской Федерации
Шараповой Е.И.

Заявление

субъекта персональных данных о согласии на обработку его персональных данных

Я,

(Фамилия, Имя, Отчество)

(адрес прописки или регистрации по месту жительства)

(вид документа, удостоверяющего личность,

серия, номер, кем выдан и дата выдачи)

в соответствии с требованиями статей 6 и 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей обеспечения квалифицированного медицинского обслуживания с использованием информационно-телекоммуникационных сетей (сайты «Поликлиника № 3»: <http://www.mycheskup.ru>), даю согласие Оператору - федеральному государственному бюджетному учреждению «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации, расположенному по адресу: город Москва, Грохольский переулок, д. 31 на получение и обработку моих персональных данных, а именно:

- 1) Фамилия; Имя; Отчество;
- 10) Домашний телефон;
- 11) Мобильный телефон;
- 12) Адрес электронной почты;

Номер амбулаторной медицинской карты;

Cookies - небольшой фрагмент данных, отправленный веб-сервером и хранимый на компьютере пользователя, который веб-клиент или веб-браузер каждый раз пересылает веб-серверу в HTTP-запросе при попытке открыть страницу соответствующего сайта.

IP-адрес - уникальный сетевой адрес узла пользователя в компьютерной сети, построенной по протоколу IP.

Примечание. Нумерация персональных данных (кроме трёх последних) присвоена в соответствии с «Перечнем персональных данных субъектов, подлежащих защите в информационной системе персональных данных «Поликлиника №3», утверждённым приказом главного врача ФГБУ «Поликлиника № 3» от 19.07.2012 года №185.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Я обязуюсь предоставлять персональные данные, соответствующие действительности, а в случае их изменения своевременно (в течение трёх рабочих дней) направлять их оператору для коррекции.

Оператор имеет право на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией, фондом обязательного медицинского страхования, фондом социального страхования, главным медицинским управлением, центральным медицинским архивом, другими ЛПУ и ЦКБ УДП РФ и статистическим управлением с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их приём и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять конфиденциальность информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручён лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

- а) прекратить обработку моих персональных данных;
- б) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, без уведомления меня об этом.

Я утверждаю, что ознакомлен(а) с документами поликлиники, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области, я предупрежден(а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Настоящее согласие действует бессрочно.

« ___ » _____ 20__ г.

(подпись)

(Фамилия и инициалы)